

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 34

TRAITEMENTS DES DÉVIATIONS UTÉRINES

par les Méthodes sanglantes

Des Opérations plastiques en particulier

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE LANNOU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 23 Août 1873, à Brest (Finistère)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Décembre 1898

TRAITEMENTS
des Déviations Utérines

PAR LES MÉTHODES SANGLANTES

Des Opérations plastiques en particulier

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 34

TRAITEMENTS DES DÉVIATIONS UTÉRINES

par les Méthodes sanglantes

Des Opérations plastiques en particulier

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE LANNOU

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 23 Août 1873, à Brest (Finistère)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

Décembre 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales		OLLIER. PONGET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRIPPIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (Maurice), Président ; ROUX, Assesseur
MM. ROCHET et CONDAMIN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Au moment de terminer, à l'Ecole, nos études médicales, il nous est doux de trouver ici une occasion d'exprimer notre reconnaissance à quelques uns et d'affirmer publiquement des sympathies.

Monsieur Jaboulay, notre maître éminent, nous a confié l'exécution de ce modeste travail. Nous l'assurons ici de toute notre reconnaissance pour l'amabilité qu'il a mise à faciliter notre tâche et de notre admiration pour son caractère, sa science et son habileté.

Monsieur le Professeur Maurice Pollosson nous a fait le grand honneur de présider cette thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

A l'hôpital, civil ou militaire, nous avons été dirigé par de^s maîtres aussi dévoués qu'habiles. Nous les remercions vivement. Que les familles Masson et Horny dont nous avons toujours partagé les joies ou les peines nous permettent de les assurer ici de notre inaltérable affection.

Enfin que nos amis, les docteurs Beaujeu et Cochois et particulièrement le docteur Langlois soient assurés que nous ne les oublierons jamais.

Leur affection a adouci pour nous, pendant ces trois années, beaucoup de regrets et d'amertumes.

P. L.

Traitements
DES DÉVIATIONS UTÉRINES
par les Méthodes sanglantes

DES OPÉRATIONS PLASTIQUES EN PARTICULIER

INTRODUCTION

Parmi les affections des organes génitaux de la femme, les déviations utérines, par leurs conséquences multiples et graves, immédiates ou éloignées, les difficultés et la complexité de leurs traitements attireront et attireront longtemps encore peut-être l'attention. En effet il n'existe pas, vu la diversité des causes qui les produisent, une méthode unique capable d'y remédier dans tous les cas ; au contraire les traitements ont été variés à l'infini et, le plus souvent on est tenu, si l'on veut un résultat durable d'en employer concurremment plusieurs.

Notre intention dans ce modeste travail sera :

1° De faire passer sous les yeux les traitements chirurgicaux sanglants les plus employés en donnant, à mesure, leurs indications.

2° D'attirer principalement l'attention sur les nouveaux procédés plastiques et, en particulier sur celui du « redressement vaginal de l'utérus par plissement » (méthode de M. Doyen perfectionnée par M. Jaboulay) que nous pensons être un procédé de choix.

Nous parlerons dans un *premier* chapitre des opé-

raisons sur les ligaments ; dans un *deuxième* de celles qui ont pour but de fixer l'utérus aux organes voisins, directement ; le *troisième* sera consacré à l'exposé des opérations plastiques dont nous discuterons la valeur au *quatrième* chapitre en indiquant les nombreuses raisons qui nous font choisir entre toutes celle du « redressement vaginal par plissement ».

En établissant ainsi, de façon résumée pour être clair, mais sans rien omettre d'important, l'état actuel de la question, en appelant, avec nos faibles moyens, l'attention sur une nouvelle voie à suivre nous espérons avoir fait œuvre utile.

CHAPITRE PREMIER

« La forme générale de l'utérus est celle d'une poire dont la grosse extrémité constitue le *corps*, la petite le *col*. Le corps et le col sont réunis par une partie amincie appelée *isthme*.

A l'état normal l'axe de l'utérus est droit, c'est à dire que corps et col ont la même direction. Cet axe utérin se confond à peu près avec celui du détroit supérieur du bassin et se trouve perpendiculaire à celui du vagin.

Quand les deux axes du corps et du col s'infléchissent l'un sur l'autre on dit qu'il y a *flexion*. Lorsque tout l'axe utérin bascule, s'éloignant de sa direction normale, on dit qu'il y a *version*.

Les versions se subdivisent en :

Anté....	} version
Latéro...	
Rétro....	

Les flexions de même en :

Anté....	} flexion
Latéro...	
Rétro....	

Souvent la version et la flexion se combinent et peuvent être désignées sous le nom générique de déviation ; il y aura donc également :

Anté....	} déviation
Latéro...	
Rétro....	

La *déviation* indique le sens du déplacement du fond de l'utérus. La *version* signifie déplacement simultané du corps et du col, la *flexion* le déplacement exclusif du corps. » (Auvard)

Ceci établi nous passons d'abord succinctement en revue les opérations faites sur les ligaments de l'utérus pour remédier à ces états pathologiques.

Nous emploierons pour cela la division suivante qui nous paraît la plus rationnelle.

1° Procédés empruntant la voie *abdominale*.

2° Procédés empruntant la voie *vaginale*.

LIGAMENTS RONDS

A. — Voie Abdominale

1° RACCOURCISSEMENT EXTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS.

Définition. — Cette opération a pour but de redresser l'utérus ou de le soulever en raccourcissant les ligaments ronds par leur partie *extra-péritonéale*. C'est donc bien un raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Synonymie. — Opération d'Alexander, d'Alquié-Alexander, d'Alexander-Adams.

Nous donnons ici le manuel opératoire de M. Doyen qui a l'habitude de pratiquer très souvent cette opération pour assurer définitivement la cure entreprise par le *redressement vaginal par plissement*.

Opération d'Alexander

1^{er} Temps. — Découverte de l'orifice inguinal externe et section de la paroi antérieure du canal inguinal.

L'orifice externe du canal inguinal reconnu avec l'index, qui perçoit toujours aisément au travers de la peau et de la couche sous cutanée la dépression correspondante, nous faisons parallèlement à l'arcade crurale et quinze à vingt millimètres au dessus d'elle, une incision de six centimètres environ se dirigeant en bas vers l'épine du pubis.

La graisse sous cutanée sectionnée, nous dénudons l'aponévrose avec les doigts de manière à mettre en évidence l'orifice externe du canal inguinal. Nous introduisons dans cet orifice l'une des branches d'une paire de ciseaux moussés et nous incisons sa paroi antérieure sur une longueur de vingt à vingt-cinq millimètres.

2^e Temps. — Extraction et fixation du ligament rond.

Tout ce qui sort de la profondeur, le ligament rond et les tissus qui l'entourent, est chargé immédiatement, en masse, sur l'index gauche et attiré au dehors.

Le ligament rond, toujours suffisamment volumineux au voisinage de l'anneau inguinal supérieur ap-

paraît sous l'aspect d'un cordon rosé de deux ou trois millimètres de diamètre, qui devient de plus en plus volumineux pour atteindre une épaisseur de quatre à cinq millimètres dès qu'il a été attiré au dehors dans toute l'étendue possible, soit de dix ou douze centimètres. Nous le fixons à l'aponévrose du grand oblique par deux fils de soie qui servent en même temps à refermer la paroi antérieure du trajet inguinal, nous réséquons son extrémité exubérante et nous suturons la peau.

La ligne de réunion est séchée à l'aide d'une compresse stérilisée et recouverte, selon la méthode de Kocher, d'une simple couche de collodion élastique.

Les crins de Florence cutanés sont enlevés vers le huitième jour.

Indications. — Rétrodéviations sans affection des annexes et avec utérus mobile. Excellente dans les cas de prolapsus comme adjuvant des opérations plastiques pratiquées par la voie vaginale sur le périnée et sur l'utérus.

2° RACCOURCISSEMENT INTRA ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds dans la cavité péritonéale après laparotomie.

Synonymie. — Fixation normale. (Bode)

Indications. — Le raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds sera rarement une opération

indiquée. En effet elle ne présente d'indication que dans les rétroversions et rétrofléxions utérines. Or si ces déviations sont réductibles et facilement coercibles elles doivent être traitées comme nous l'indiquerons tout à l'heure; si au contraire elles sont irréductibles et nécessitent la laparotomie il est probable qu'on trouvera des adhérences anciennes, des lésions plus ou moins étendues des annexes et dans ce cas la castration abdominale totale trouvera ses indications; ou bien après la libération des adhérences on cherchera une fixation plus solide et on préférera l'*hystéropexie* par le procédé de MM. Laroyenne et Condamin.

3°. FIXATION ABDOMINALE DES LIGAMENTS RONDS

Définition. — Cette fixation a pour but de remédier aux déplacements de l'organe en le fixant à la paroi par l'intermédiaire du ligament rond.

C'est donc une *hystéropexie abdominale indirecte*.

Indications. — Cette opération n'a sa raison d'être que comme opération complémentaire, le ventre ayant été ouvert pour autre chose et encore lui préférons nous le raccourcissement bilatéral des ligaments ronds. Nous ne conseillerons d'y avoir recours que si en même temps qu'une rétrodéviatiou il y a abaissement de l'utérus par effondrement du périnée; l'utérus se trouve plus solidement maintenu; il est *comme suspendu*.

B. — Voie vaginale

1° RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS PAR LA VOIE VAGINALE

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds dans l'intérieur de la cavité péritonéale après colpotomie antérieure.

Indications. — Cette opération peut se trouver indiquée dans certains cas de rétroversions réductibles. Elle a l'avantage sur le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par la voie abdominale de ne laisser aucune cicatrice abdominale. Elle permet d'apprécier l'état des annexes ce que ne permet pas l'opération d'Alexander ; enfin sur tous les procédés de pexies vaginales elle présente les avantages suivants : les ligaments peuvent s'allonger facilement pendant la grossesse qui devient possible et la vessie après l'opération reste en situation normale au lieu de redevenir postéro-supérieure à l'utérus.

2° FIXATION VAGINALE DES LIGAMENTS RONDS

Définition. — Cette opération a pour but de fixer les ligaments ronds à la paroi vaginale pour maintenir l'utérus en antéversion.

C'est donc une *vagino-fixation indirecte*.

Indications. — Des plus restreintes. L'opération ne devra jamais être que complémentaire, lorsque, par exemple, on aura pratiqué une colpotomie antérieure

ou postérieure pour détacher des adhérences pelviennes et qu'on aura en même temps à remédier à une rétroversion de l'utérus.

LIGAMENTS LARGES

A. — Voie abdominale

1° RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS LARGES

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus ou des annexes en raccourcissant les ligaments larges après ouverture de l'abdomen.

Indications. — Le raccourcissement des ligaments larges a été employé contre les rétrodéviations, les prolapsus de l'utérus et même les prolapsus des ovaires (Imlack). C'est un moyen efficace de maintenir l'utérus en avant et de le soutenir soulevé ; en outre c'est un procédé inoffensif. On pourra donc y avoir recours comme opération complémentaire lorsque le ventre aura été ouvert pour un autre motif, que les annexes aient été ou non enlevées.

2° FIXATION ABDOMINALE DES LIGAMENTS LARGES

Définition. — Cette opération a pour but de fixer l'angle interne des ligaments larges à la paroi pour tenir l'utérus en position normale ou pour le maintenir soulevé.

Indications. — Cette opération n'a sa raison d'être

que comme opération complémentaire. Or elle expose aux mêmes complications que toutes les hystéropexies. On devra donc lui préférer les raccourcissements des ligaments utérins qui n'exposent pas aux mêmes dangers. Néanmoins on a dans la fixation des ligaments larges un procédé d'*hystéropexie* facile et efficace.

B. — Voie vaginale

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS LARGES PAR LE VAGIN

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux rétroversions utérines en raccourcissant les ligaments larges au niveau de leur base.

Synonymie. — Opération de Kocks.

Indications. — L'auteur a pratiqué cette opération pour des cas de prolapsus utérin et des rétroversions.

LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS

A. — Voie abdominale

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS PAR LA VOIE ABDOMINALE

Définition. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés a pour but d'attirer en haut et en arrière le col de l'utérus et par suite de porter en avant le fond de l'organe.

Indications. — Cette opération a été proposée pour remédier aux rétrodéviations ; peut-être pourrait-elle

être employée contre le prolapsus (1). Dans ces deux cas malheureusement, elle ne présente pas assez de certitude au point de vue thérapeutique, le moyen de redressement ou de suspension est trop précaire pour que l'on puisse compter sur son efficacité définitive. Tout au plus pourrait-on y recourir comme moyen complémentaire, par exemple après avoir pratiqué l'hystéropexie pour prolapsus ou le raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds.

B. — Voie vaginale

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS PAR LA VOIE VAGINALE

Définition. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale a pour but d'attirer en haut et en arrière le col utérin. C'est une sorte de rétrofixation indirecte du col.

Synonymie. — Opération de Gottschalk.

Indications. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale n'a sa raison d'être que comme opération complémentaire, quand le cul-de-sac de Douglas doit être ouvert pour remédier à une affection de l'utérus ou des annexes. On pourra, dans quelques cas de rétroversion avec léger prolapsus rendre par ce moyen une colpopérinéorrhaphie efficace ou rendre plus stables les résultats définitifs d'une opération d'Alexander.

Si nous essayons maintenant de nous rendre compte

(1) Thèse de M. Baudouin. Paris 1890.

du rôle que doivent jouer les opérations sur les ligaments dans le traitement des déviations utérines, quelle est l'indication générale qui se dégage de ce qui précède ?

C'est qu'elles devront, presque toutes et dans la majorité des cas, être réduites au rôle d'opérations accessoires.

En effet, nous avons proposé l'opération d'Alexander pour le traitement des rétrodéviations légères, sans affections des annexes, mais surtout nous l'avons recommandée comme adjuvant des opérations plastiques.

Au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, nous avons préféré le « raccourcissement de l'utérus par plissement vaginal » ou, dans les cas d'adhérences trop fortes, l'hystéropexie par le procédé de MM. Laroyenne et Condamin.

A la fixation abdominale des ligaments ronds nous n'avons trouvé que des indications complémentaires..... Et ainsi de suite.

Nous allons passer après cette remarque à l'étude des traitements qu'elles complètent, en commençant par décrire les opérations qui ont pour but de fixer l'utérus aux organes voisins.

CHAPITRE II

Déjà en 1830, Amussat fit la première des hystéropexies par la voie vaginale, en cautérisant au fer rouge le cul-de-sac postérieur, mais laissant volontairement de côté l'ordre chronologique, nous parlerons d'abord des hystéropexies se faisant par l'autre voie.

A. — Voie abdominale

C'est Kœberlé qui, le 27 mars 1869, pratiqua, le premier, l'hystéropexie abdominale de propos délibéré et pour remédier à des accidents d'obstruction intestinale provoqués par une rétroflexion utérine.

- En France, Terrier faisait la première hystéropexie en mars 1888. Son exemple fut bientôt suivi par beaucoup et lorsque Baudouin, interne de Terrier, publiait en 1890, avec une thèse très documentée, le premier travail complet sur la question, le nombre des observations qu'il avait pu rassembler s'élevait déjà à près de 250 (1).

(1) Baudouin. Hystéropexie abdominale antérieure. Paris 1890.

1° HYSTÉROPEXIES EXTRA-ABDOMINALES

Certains chirurgiens ont cherché à réaliser la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure sans ouvrir le péritoine ; Caneva, Assaky ⁽¹⁾, Crespi, Vaton ⁽²⁾ ont proposé plusieurs procédés pour pratiquer l'hystéropexie extrapéritonéal. Ces procédés n'ont aucun avantage, cette méthode est aveugle et dangereuse ; elle est absolument condamnable, et seule l'hystéropexie intra-péritonéale, c'est-à-dire avec ouverture de la séreuse par la laparotomie, doit être pratiquée.

2° HYSTÉROPEXIES INTRA-PÉRITONÉALES

Les imitateurs de Kœberlé donnèrent des noms divers à leurs procédés ; citons-en quelques-uns pris dans la thèse de Baudouin :

Ventrale fixatio (Olshausen).

Hystérorrhaphie (H. Kelly).

Hystéropexie (Trélat-Pozzi).

Laparohystérorrhaphie (Dumoret).

Symphyse utéro-pariétale (Second).

Aujourd'hui le mot « hystéropexie » employé seul signifie pour presque tous « hystéropexie abdominale antérieure intrapéritonéale » telle qu'on la pratique par exemple par le procédé du professeur Laroyenne, que nous donnons ici in extenso.

(1) Assaky. *Progrès médical*, 23 nov. 1889.

(2) Vaton. Thèse de Bordeaux 1890.

Opération

1^{er} temps. — On dilate le col et on introduit un gros hystéromètre dans la cavité utérine. Alors un aide s'en sert pour réduire l'utérus qu'il reporte en haut et qu'il maintient continuellement appliqué à la paroi abdominale au point où on a décidé de le fixer en soulevant même cette paroi.

2^e temps. — Sur la ligne blanche on fait une incision de 6 à 8 centimètres au plus comprenant le péritoine et conduisant directement sur le fond et la face antérieure de l'utérus.

L'opérateur a ainsi de suite l'organe sous les yeux et bien que le péritoine soit incisé on peut dire que la cavité ne reste presque pas ouverte, puisque le fond de l'utérus vient fermer immédiatement l'orifice. Pendant l'incision, un aide pince aussi rapidement que possible les vaisseaux de la couche graisseuse sous-cutanée parfois assez épaisse. Les bords de la section péritonéale sont également maintenus par des pinces à pression.

On s'assure qu'il n'y a point d'anse intestinale au devant de l'utérus ni de masses épiploïques. Dans ce cas, d'ailleurs, rien de plus facile que de les récliner et de les faire rentrer dans la cavité abdominale.

Un coup d'œil jeté de chaque côté de l'utérus permet de se rendre vite compte de l'état des annexes.

3^e temps. — L'aide chargé de l'hystéromètre soulève bien l'utérus et en maintient le corps dans la plaie. Pour cela il n'a qu'à abaisser le plus possible le manche de l'instrument en déprimant au besoin le

périnée. Une première *aiguille-broche* est introduite dans la couche aponévrotique de la paroi abdominale, traverse le péritoine à deux centimètres du bord de sa section et pénètre aussitôt dans la partie antérieure du muscle utérin, au niveau du fond de l'organe. Cette aiguille traverse environ deux centimètres d'utérus et ressort symétriquement à travers l'autre bord de la plaie abdominale.

On introduit de la même façon deux autres aiguilles semblables en procédant de haut en bas et en les espaçant d'environ deux centimètres. Le point important de ce temps est le placement de la première aiguille dans l'utérus encore légèrement mobile malgré l'hystéromètre.

Dès que cette première aiguille est en place, l'utérus au contraire est déjà fixé solidement à la paroi abdominale. Le chirurgien peut alors prendre toutes les précautions voulues pour passer les autres.

L'utérus étant dès lors bien fixé à la paroi par les aiguilles laissées en place, on retire l'hystéromètre.

Les partisans de l'avivement pourront alors gratter la surface antérieure du corps utérin et déterminer une surface saignante. On sera sûr que le sang ne tombera pas dans la cavité abdominale qui est d'ores et déjà définitivement fermée.

4^e temps. — On charge les aiguilles de *crins de Florence*. On noue chaque fil, l'un après l'autre en commençant par le plus élevé et en retirant au fur et à mesure l'aiguille correspondant au fil que l'on noue. L'utérus est de la sorte solidement réuni à la paroi et surtout aux aponévroses de la ligne blanche.

5° temps. — S'il est besoin, on place des points de suture intercalaires, au catgut, allant profondément mais sans comprendre l'utérus. Une suture superficielle au catgut et en surjet achève de fermer la plaie abdominale.

6° temps. — On introduit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée destinée à servir de pessaire provisoire et à empêcher l'utérus de tirer par trop sur les sutures fixatrices.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. De 12 à 15 jours après l'opération on place un pessaire, complément indispensable de l'opération; de préférence on choisira un Hodge.

Ainsi donc l'hystéropexie par le procédé que nous venons d'indiquer diffère des autres procédés comme ceux de Czerny-Terrier, Pozzi, Legueu (1) par le relèvement préalable de l'utérus au moyen du gros hystéromètre *ad hoc* et par la fixation définitive à la paroi antérieure à l'aide de grandes *aiguilles-broches*.

La règle énoncée par le M. Professeur Laroyenne et portant sur la partie de l'utérus où devront être placées les sutures hystéro-fixatrices est la suivante :

« Les sutures devront toujours être placées sur la face antérieure de l'organe, un peu au-dessous de la ligne passant par les ouvertures des trompes et surtout sans empiéter sur les faces latérales. » Quand on la suit, dit-il, la grossesse à terme et l'accouchement normal sont possibles.

(1) Voir F. Labadie-Lagrave et Félix Legueu, *Traité Médico-chirurgical de Gynécologie*.

A Lyon les cas de grossesses normales suivies d'accouchement sans complications sont très fréquents chez les hystéropexiées et on en a publiés en grande quantité ⁽¹⁾.

Indications. — En somme l'hystéropexie abdominale assure la fixation de l'utérus et compromet peu la grossesse et l'accouchement, à condition que l'utérus soit fixé comme il a été dit ; de cette façon son développement au moment de la grossesse n'est pas gêné par les adhérences et l'extension se fait aux dépens de la face postérieure et du fond.

On la préconise dans l'antéflexion ⁽²⁾, dans la rétroversion ⁽³⁾, mais surtout dans les cas de prolapsus simple ou complet, où, elle est particulièrement efficace ⁽⁴⁾.

B. — Hystéropexies vaginales

Les principales hystéropexies pratiquées sont la vagino-fixation et la vésico-fixation dont nous parlerons seulement ici.

Après Amussat, dont nous avons parlé tout à l'heure Nicolétis, de Paris, à la suite d'expériences faites sur le cadavre, conçut et pratiqua en 1887 une autre opération dont Richelot fit l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. Le principe dont il parlait étant faux, l'opération ne pouvait réussir ; elle n'eut

(1) Blan, Th. de Lyon, 97.

(2) Bricage. Th. de Lyon, 1894.

(3) Berruyer. Th. de Lyon, 1895.

(4) Bouffandeau, Th. de Lyon, 1894.

aucun succès. Von Rabénau⁽¹⁾ eut le premier l'idée d'ouvrir le cul-de-sac antérieur pour aller à la recherche de l'utérus et le fixer à la paroi vaginale. Nous discuterons tout à l'heure son procédé en parlant des opérations plastiques proprement dites.

Nous donnerons tout de suite les raisons principales qui nous font préférer le procédé du professeur Le Dentu à ceux de Dührssen et de Mackenrodt. L'incision transversale de Dührssen ne donne pas assez de jour, même avec le complément d'incision antéro-postérieure qu'il lui ajoute : on a quelque peine à amener l'utérus jusqu'au niveau de la lèvre vaginale à laquelle on doit le suturer. Quel que soit le degré de la déviation, l'utérus est fixé à la même hauteur, ce qui est un inconvénient. Et comme les sutures sont placées au niveau du fond de l'utérus, il en résulte une antéflexion très prononcée.

Le procédé de Mackenrodt a le grand avantage de donner beaucoup de jour par sa longue incision antéro-postérieure : sa fixation met l'utérus dans une antécourbure plus voisine de l'état normal. Il a le tort de ne pas ouvrir le péritoine, de faire constamment une fixation trop basse.

C'est pour remédier à ces inconvénients que le professeur Le Dentu propose son procédé qui permet de voir clair, de fixer l'utérus où l'on veut, et de lui assurer dans cette situation antérieure l'attitude qui lui convient.

(1) Berl. Klin. Woch, 1886, n° 18.

Procédé de Le Dentu et Pichevin

1^o L'utérus est abaissé et la paroi vaginale est tendue par trois pinces placées, l'une à un centimètre en arrière de l'orifice uréthral, les deux autres à droite et à gauche sur le vagin.

On trace alors une incision *antéro-postérieure* qui commence à 2 centimètres environ en arrière du méat et se termine à 1 centimètre au-dessus de la lèvre antérieure du col utérin. On sépare avec soin la paroi vaginale de la vessie par une dissection attentive avec le bistouri jusqu'à 1 cent. 1/2 ou 2 centimètres au moins de chaque côté. Alors seulement, on sépare le bas fond de la vessie de l'utérus, en rasant la face antérieure du col.

2^o A ce moment on introduit dans l'utérus la tige pleine d'une pince-hystéromètre qui rappelle beaucoup celles d'Orthmann (1) sauf une modification imaginée par Pichevin. On pourrait également se servir d'un redresseur de Trélat, dont Le Dentu a fait allonger la portion mobile, de manière à ce que son action s'exerce sur toute la longueur de l'utérus.

Ce dernier étant ramené en avant, on s'occupe du cul-de-sac péritonéal antérieur. Il y a avantage à l'ouvrir : cela permet d'explorer le bord supérieur et la face postérieure de l'utérus, de s'assurer qu'il n'existe pas d'adhérences, ou de rompre celles qui sont faibles et celluleuses. Cela permet aussi (et ceci est d'une importance capitale) de placer les fils fixa-

(1) Orthmann, Cent. f. gyn. 1893, n° 45.

teurs aussi haut que possible sur la face antérieure du corps de l'utérus.

3° Sur la paroi antérieure du corps de cet organe, on place, en commençant par la partie voisine de l'isthme et en remontant vers le fond, deux ou trois fils *verticaux*, au moyen desquels on abaisse et on fait basculer peu à peu l'utérus en avant. Lorsque le fond se montre dans la plaie, on passe des fils *transversaux*, en commençant le plus haut possible, et de la manière suivante : avec une aiguille courbe, munie de soie plate assez forte, n° 4 environ, on traverse à 0^m005 de son bord et d'avant en arrière le lambeau vaginal gauche (par rapport à la femme), on fait cheminer l'aiguille dans le tissu utérin, à 4 ou 5 millimètres de profondeur, sur 1 centimètre de longueur et de gauche à droite, et on traverse le lambeau vaginal droit d'arrière en avant, également à 5 millimètres de son bord.

A partir de ce premier fil, placé transversalement aussi près que possible du fond de l'utérus et de la partie antérieure de l'incision vaginale, on place une série de six à huit fils, dont quatre au moins doivent traverser le tissu du corps. De cette façon, toute la face antérieure de l'utérus, dont une petite longueur du col, se trouve suturée à la paroi antérieure du vagin. On enlève les fils abaisseurs verticaux, à mesure qu'ils deviennent inutiles.

On peut augmenter la tension et par conséquent la solidité de la paroi antérieure du vagin en en supprimant une partie par une incision elliptique, ceci bien entendu avant de placer les fils.

On peut compléter l'opération, s'il y a lieu, par l'amputation du col et par une colpoperinéorrhaphie.

Un curettage, avant de la commencer, est souvent opportun.

A la suite de cette opération, le col est fixé en avant au-dessus du bord supérieur de la symphyse, en antécourbure plus ou moins prononcée. Le col se dirige en arrière. Le fond de l'utérus vient faire saillie dans la vessie et les uretères quoique un peu allongés et surtout un peu coudés par suite de la position nouvelle où ils se trouvent ne sont pas comprimés.

Indications. — Les partisans de la vagino-fixation la disent « *bénigne, facile et efficace* ». Nous ne contestons pas qu'elle soit bénigne, mais elle n'est pas facile, loin de là, elle expose à de graves accidents du côté de la vessie et son efficacité est très contestable. La fixation est momentanément assurée, mais l'utérus est placé dans de très mauvaises conditions pour le cas où une grossesse viendrait à se produire.

Ses indications sont forcément très restreintes. On l'a préconisée surtout dans le traitement de la rétroversion. Or, nous pensons avec M. Berruyer ⁽¹⁾, qu'un certain nombre de rétrodéviations graves ne sont justiciables que de l'*hystéropexie abdominale antérieure*.

La vagino-fixation, préconisée dans ce cas, est passible de deux autres reproches :

1° Elle n'agit pas contre les adhérences et ne peut être appliquée qu'aux rétrodéviations mobiles.

2° La paroi vaginale, sur laquelle s'appuie l'utérus

(1) Berruyer. Thèse de Lyon, 1895.

n'offre pas une résistance suffisante pour que l'on puisse compter toujours sur le maintien durable de l'antéflexion.

Nous lui préférons donc, de beaucoup, dans les cas plus bénins, le *redressement vaginal par plissement* que nous allons décrire dans le chapitre qui suit et qui a trait aux opérations plastiques.

CHAPITRE III

Dans l'esprit des chirurgiens qui les ont décrits les premiers, les procédés plastiques s'adressaient, pour la plupart, à l'une ou l'autre des principales flexions exclusivement. Néanmoins pour plus de clarté et d'unité, nous continuerons à suivre le plan que nous avons déjà employé dans les deux premiers chapitres.

Nous emploierons ici encore la division en procédés empruntant :

1° La voie abdominale.

2° La voie vaginale.

A. — Voie abdominale

En 1892, Thiriar, le premier (1) fit connaître la cunéohystérectomie par voie abdominale en faisant observer que l'on n'était pas suffisamment armé contre les antéflexions.

C'est donc comme un procédé de choix pour le

(1) Congrès de Bruxelles, 1892.

traitement de cette affection qu'il imagina la cunéohystérectomie.

En 1897, Jonnesco (de Bucharest) fit connaître un procédé personnel ⁽¹⁾ identique à celui de Thiriar, à part des différences de détail et quelques perfectionnements techniques.

Il sera discuté au quatrième chapitre.

Nous donnons ici comme *type de cunéohystérectomie* son manuel opératoire appliqué à la rétroversion que nous traduisons dans le Centralblatt für Gynäkologie (N° 11, 1897) presque tout entier :

« Cunéohystérectomie antérieure combinée au raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds. »

La rétroflexion utérine se rencontre presque toujours associée à la rétroversion. En effet les cas sont rares où on trouve la rétroflexion comme constituant la seule déviation de l'utérus ; en même temps on rencontre soit l'endométrite, la métrite parenchymateuse ou d'autres lésions plus ou moins graves des annexes.

Dans d'autres cas la déviation de l'utérus constitue à elle seule toute la maladie. Elle peut être fixe ou mobile. C'est ainsi qu'il faut, par exemple, attribuer plutôt à l'annexite qu'à la rétrodéviation les symptômes que présentent les femmes atteintes de cette maladie.

Dans la plupart des cas les symptômes appartiennent presque tous à la rétrodéviation, et, parmi eux ce sont : la dysménorrhée, des pesanteurs dans le bassin, des maux d'estomac et de ventre.

(1) Centralb. f. Chirurgie 1897, Congrès de Moscou (1897).

Dans le cas où la déviation utérine n'est qu'un phénomène concomitant le traitement ne doit s'adresser qu'à l'annexite, la laparotomie et la castration totale ou unilatérale sont indiquées.....

Dans les cas où les annexes ne sont pas malades et où la rétrodéviation fixe ou mobile constitue toute la maladie il faut que l'intervention chirurgicale ait pour but *d'immobiliser l'utérus, puis, ensuite, de réduire sa courbure*; cette réduction obtenue il faut le fixer dans une position qui le rapproche le plus possible de sa situation normale.

Tous ces desiderata ne peuvent être remplis que par une opération abdominale, car, seule une laparotomie peut permettre de libérer l'utérus et de lui donner sa forme normale; la cunéohystérectomie antérieure lui redonnera son antéflexion normale et constante et le raccourcissement des ligaments ronds le maintiendra dans cette situation. Pas une seule des méthodes opératoires ne répondait jusqu'ici aux desiderata que nous avons formulés plus haut; la plupart ne s'adressaient qu'aux ligaments suspenseurs de l'utérus et modifiaient tout au plus la rétroversion, telles par exemple les opérations d'Alexander, de Gill-Whylie, etc.. D'autres opérations s'adressaient directement à l'utérus pour le fixer mais par contre elles ne redressaient pas sa courbure; telles l'hystéropexie abdominale ou vaginale, l'hystéro-cystopexie, etc...

Persuadé que ces interventions, qui ne pouvaient résoudre qu'une moitié du problème, étaient insuffisantes, je me suis mis à la recherche d'un procédé qui peut à la fois guérir la déviation utérine et re-

médier à la défectuosité de ses moyens de suspension.

Il est inutile d'ajouter qu'au cas où il y aurait une endométrite il faut faire précéder d'un curetage l'intervention que je vais décrire. J'ai eu l'occasion de traiter par cette nouvelle méthode une nullipare de 22 ans.

Tous les phénomènes morbides consistaient en dysménorrhée, douleurs dans le bassin, constipation habituelle et selles douloureuses.

L'utérus était de dimensions normales, en absolue rétroversion et rétroflexion, mais assez mobile.

L'opération que j'ai faite consistait en une laparotomie d'une longueur de 12 centimètres et qui partait de la symphyse.

J'attirai l'utérus en avant avec la pince de Museux et je le dégageai de ses adhérences avec le cul-de-sac de Douglas. Après avoir réduit la rétroflexion, voici comment j'ai fait l'hystérectomie cunéiforme antérieure.

J'incisai le péritoine transversalement sur la face antérieure de l'utérus dans le cul-de-sac vésico-utérin ; j'attirai en avant avec une pince le lambeau inférieur de cette incision et avec l'index j'isolai, sur une surface de deux centimètres, la vessie de l'utérus. Ensuite je relevai à son tour le lambeau inférieur du péritoine de façon à dénuder la face antérieure de l'utérus au niveau de l'angle de flexion sur une surface de trois centimètres environ. Ceci fait j'incisai avec mon bistouri, et en suivant le pli de flexion, un coin de toute la largeur de l'utérus dont la base avait environ deux centimètres et demi de

large et dont la pointe s'étendait jusqu'à la muqueuse mais sans intéresser cette dernière.

Lorsque j'eus excisé de cette façon une partie de substance j'eus une plaie triangulaire que je comblai de cette façon : Je fis pénétrer l'aiguille de Reverdin à environ deux millimètres d'un bord de la plaie, je la fis passer à travers toute l'épaisseur de l'utérus et la fis ressortir au bord opposé. Je fis ainsi trois points au catgut, un au bord et deux sur les côtés.

Ces points ont pour but d'obtenir l'hémostase et de combler la perte de substance de la plaie.

Sur ce premier étage de sutures j'en fis un deuxième avec du fin catgut pour suturer les lambeaux péritonéaux.

J'avais, par ce moyen, transformé la rétroflexion en une antéflexion normale.

Le *second temps* de l'opération consista en un raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Le ventre fut refermé par trois plans de suture au catgut.

Pas de drainage.

Il n'y eut pas de suites opératoires.

Cicatrisation par première intention. La plaie était presque invisible.

Les résultats furent excellents.

Six jours après l'opération les règles revinrent abondantes et sans douleurs, en un mot absolument normales et comme elles n'avaient jamais été auparavant.

Au toucher bimanuel on trouve un utérus en antéflexion permanente et bien fixé.

Le fond de l'utérus est libre, mobile et suffisamment maintenu.

Je suis donc d'avis que, de nos jours où les interventions abdominales donnent d'aussi beaux résultats, le procédé que je propose sera sans doute préféré pour la cure de toutes les rétrodéviations utérines fixes ou mobiles.

B. — Voie vaginale

Le premier de tous les procédés où l'on attaque la substance utérine pour remédier à la flexion est celui de Von Rabeneau (1) qui date de 1886. Voici, très résumés, les différents temps de son opération dirigée contre la rétroflexion et dont le principe est le suivant : faire une résection haute de la lèvre antérieure afin de raccourcir la paroi antérieure de l'utérus ; fixer ensuite au vagin, au même niveau qu'auparavant, la lèvre antérieure, qui entraînera à sa suite le fond, puis la paroi postérieure.

1° Incision du col en deux valves antérieure et postérieure.

2° Séparation de la valve antérieure, ainsi obtenue, d'avec la vessie sur une hauteur de plus de quatre centimètres.

3° Excision de cette paroi antérieure, la vessie étant protégée sur une hauteur de quatre centimètres environ, comme dans l'amputation du col par la méthode de Simon.

4° Réfection du col utérin et suture de la nouvelle

(1) Berl, Klin, Wochenschrift, 1886.

lèvre à la place autrefois occupée par le col réséqué.

Von Rabeneau a fait neuf fois cette opération. Une fois il eut un insuccès complet et immédiat chez une jeune fille, à cause, dit-il, de la friabilité de la paroi utérine. Von Rabeneau mourut au moment où parut son mémoire. On ne connaît pas les résultats éloignés des opérations pratiquées par lui.

Froenkel fait ce reproche au procédé que la cicatrice, par sa rétraction, agissant à la fois sur la partie intacte du col en arrière et sur l'utérus en haut la résultante de ces forces doit se réduire finalement à zéro, laissant ainsi la rétroposition se reproduire.

Procédé d'Elisher (1)

L'auteur a pratiqué l'opération plastique que nous allons décrire dans le but de remédier à la rétroflexion.

Voici le manuel opératoire.

1^{er} Temps. — On amène le col à la vulve et on incise le cul-de-sac vaginal antérieur ; on décolle alors avec l'index la face postérieure de la vessie ; on fait basculer en avant le corps utérin que l'on va chercher dans le cul-de-sac de Douglas.

La pression exercée alors par le pubis transforme la rétroflexion en une légère antéflexion.

2^e Temps. — A ce moment, au point d'incurvation de l'utérus, on fait une incision oblique en arrière et en haut vers la muqueuse de façon à obtenir un lambeau large de deux centimètres et demi à trois centimètres. Puis, procédant en sens inverse, c'est-à-

(1) Centralblatt für Gynäkologie, 1897.

dire de haut en bas on enlève en haut, sur la face antérieure du col, une tranche de tissu large de deux centimètres.

Sur le col ainsi avivé on attire alors le lambeau précédemment obtenu et on l'y fixe solidement par plusieurs points de suture au catgut.

Ceci fait on réduit l'organe dans la cavité abdominale ; on supprime la suture péritonéo-vaginale ; on restaure les culs-de-sac en suturant séparément les lèvres péritonéales et vaginales.

M. le Professeur Folet, ayant toujours pour but de retrancher un coin de substance utérine du côté opposé à la flexion et pour y remédier, a employé dans des opérations différentes plusieurs procédés qu'il est utile de citer ici.

Monsieur O. Lambret, de Lille ⁽¹⁾, en expose trois inédits avant la « Revue des opérations plastiques » qu'il publia cette année et où nous puisons ces renseignements.

Premier procédé

Le premier est une Cunoéhystérectomie vaginale d'emblée, largement suffisant pour l'antéflexion mais insuffisant pour beaucoup de cas de rétroflexion.

Il présente un inconvénient sérieux : l'utérus amené à la vulve se présente dans une situation défavorable, présentant le col à l'opérateur.

On ne peut savoir ainsi exactement la quantité que l'on résèque.

(1) Archives provinciales de chirurgie, Avril 1898.

En un mot « on ne voit pas assez clair » ce qui est contraire aux lois chirurgicales.

Deuxième procédé

Le deuxième procédé est une Cunéohystérectomie vaginale avec hystérotomie médiane préliminaire.

Ce deuxième procédé a sur le premier l'avantage énorme de la précision ; il permet de voir clair.

1^{er} temps. — Dans un premier temps on abaisse l'utérus et on ouvre les culs-de-sac.

2^e temps. — Dans un second temps on fait une section médiane de l'organe s'arrêtant au point culminant de la coudure.

3^e temps. — Dans le troisième temps, perpendiculairement à la section médiane et à son sommet, on forme deux petits lambeaux d'aspect pyramidal à base extérieure, à sommet dirigé vers la muqueuse. On réunit alors les deux lèvres de la perte de substance.

Cette réunion est suivie de la reconstitution minutieuse au catgut de la paroi divisée par la résection médiane et par la résection, non moins minutieuse, du col.

Après quoi on restaure les culs-de-sac.

L'inconvénient de ce procédé est la production d'une cicatrice en T qui occupe toute l'épaisseur de la paroi utérine, muqueuse comprise, et on n'est pas encore fixé sur ce qui se produirait à cet endroit lors d'un accouchement ultérieur.

Troisième procédé

Le troisième procédé a été employé par M. Folet au cours d'une opération qui devait être une cunéohystérectomie par une des méthodes précédentes.

Un incident l'amena à sortir l'utérus hors de la vulve comme le fait Elisher.

Une fois l'ouverture du cul-de-sac péritonéal franchie, l'utérus viendra s'appuyer contre le pubis dans le cas de rétroflexions, contre le périnée dans l'entéflexion.

La résection cunéiforme se fait alors d'une façon tout à fait commode et d'une seule pièce ; de même les sutures et l'hémostase.

Quand on a accompli ces diverses manœuvres, il suffit de rentrer l'utérus, ce qui est facile, et de reconstituer les culs-de-sac vaginaux et péritonéaux séparément.

Procédé du plissement vaginal

Nous avons donné, in-extenso, comme type d'opération plastique par la voie abdominale le procédé de Jonnesco.

Nous donnons ici comme type d'opération par la voie vaginale celle de M. Doyen que nous croyons destinée à être pratiquée le plus souvent et avec le plus de fruit.

Cette opération est basée sur ce principe que, dans la flexion permanente de l'utérus la paroi connexe de l'organe se distend, dans le sens de sa longueur d'une quantité assez considérable (Fig. A)

Supposons une nouvelle grossesse, suivie d'une in-

involution normale de l'utérus. Si ce dernier se rétablit dans sa situation normale, en antéversion légère,

FIG. A



Rétroflexion. Allongement de la paroi antérieure (de la longueur A B).
(D'après Doyen).

il prendra l'aspect, non plus de la Fig. A, mais de la Fig. B.

FIG. B



Utérus redressé par le rapprochement des points A et B.
(D'après Doyen).

Mesurons sur ces deux figures la longueur de la paroi utérine antérieure, représentée, du col au fond de l'organe, par une ligne noire et nous constatons que, sur l'utérus infléchi, cette ligne est trop longue d'une quantité A B.

Il suffira donc de rapprocher par une suture appropriée le point A du point B, en agissant exclusivement sur les couches superficielles de l'utérus pour obtenir le redressement immédiat de l'organe. Cette méthode ne détermine pas le moindre coude du canal cervical, accident assez régulièrement observé par les chirurgiens qui incisent ou résèquent profondément la paroi utérine antérieure.

Le même procédé légèrement modifié convient également à l'antéversion et à la rétroversion. C'est dans ce dernier cas que nous l'avons particulièrement appliqué.

Rétroflexion et Rétroversion

Les précautions ordinaires d'antisepsie ayant été prises, on procède au « redressement vaginal » de l'utérus rétrofléchi. Pour cela : « Deux pinces à griffes sont fixées sur les commissures du col ou, si celles-ci sont détruites par des déchirures anciennes, sur les lèvres antérieure et postérieure et le col est attiré aussi bas que possible à la vulve.

Le résultat immédiat de cette manœuvre est le redressement de l'utérus qui, retenu par ses attaches supérieures, vient se placer tout entier dans l'axe de traction par un mécanisme identique à celui qui préside à la réduction spontanée de toute fracture oblique d'un os long sous l'influence de l'extension et de la contrextension effectuées dans l'axe du membre.

L'utérus se trouvant ainsi redressé sans le secours d'aucune manœuvre accessoire et sans l'emploi d'au-

cun instrument spécial, nous passons à l'opération proprement dite.

Opération

1^{er} Temps : Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. — Le col attiré en arrière et l'écarteur placé sous le pubis, nous incisons le cul-de-sac antérieur du vagin comme dans le premier temps de l'opération des fistules vésico-utérines. Nous décollons alors la vessie avec l'index et, chargeant sur l'écarteur la lèvre antérieure de la boutonnière vaginale nous augmentons les tractions en bas et en avant sur le col, de manière à rendre accessible le cul-de-sac péritonéal antérieur. Le péritoine apparaît bientôt sous l'aspect d'un mince repli curviligne blanchâtre et transparent, très analogue au rebord d'un sac herniaire vide. Nous l'incisons d'un coup de ciseaux.

2^e Temps : Redressement de l'utérus. — Nous traversons en ce point, soit avec une aiguille à manche, soit, s'il est plus aisé, à l'aide d'une aiguille ordinaire à chas fendu, tenue entre les mors de notre porte-aiguilles habituel, à 3 millimètres de profondeur environ et sur un trajet transversal de 15 millimètres, le tissu utérin, et nous passons en ce point une anse de fil.

L'autre chef du fil (une forte soie) est implanté parallèlement à une distance variable selon l'étendue du redressement à obtenir, dans les couches superficielles de la portion sus-vaginales du col. Les deux extrémités du fil sont nouées.

La paroi utérine antérieure, qui se trouvait allongée par l'effet de la rétroflexion, est ainsi raccourcie de la

distance verticale qui séparait, au moment où le fil a été placé, les deux trajets intra-utérins de l'anse de soie. Un fil de renfort placé au-dessus du premier, assure le résultat de l'opération.

Le second fil est placé latéralement, si on le juge convenable, dans le bord interne des ligaments larges.

3° *Temps* : Suture du cul-de-sac vaginal antérieur. — Nous fermons alors par un surjet transversal au crin de Florence, arrêté à ses deux extrémités sur de petits tubes en caoutchouc, la plaie vaginale.

L'intervention qui est d'une simplicité extraordinaire ne dure, le plus souvent, que 5 à 6 minutes.



les points A et B rapprochés.
suture vaginale.

Résultats de l'opération (d'après Doyen).

Cette opération présente sur toutes les autres les avantages suivants :

1° Elle redresse l'utérus sans en couder la cavité, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'introduction soit immédiate, soit ultérieure, d'un hystéromètre ou d'une longue pince droite.

2° Elle rétablit dans ses rapports normaux la face antérieure de l'utérus, qui s'était, par suite de la rétroversion, courbé, pour employer une expression usitée à propos des fractures chez les enfants « en bois vert ».

3° Le manuel opératoire ne comporte aucune perte de substance de l'organe et n'exige pas la fixation vaginale, manœuvres susceptibles de déterminer lors d'une grossesse ultérieure des accidents graves assez fréquemment observés à la suite des autres procédés dits « hystéropexie vaginale » ou « vagino-fixation ».

Les ligaments antérieurs de l'utérus se trouvant relâchés par le fait même du redressement de l'organe, nous pratiquons habituellement dans la même séance, comme opération complémentaire, le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds par la méthode d'Alexander.

Redressement vaginal de l'antéflexion utérine

L'antéflexion pathologique peut être guérie radicalement par une intervention analogue.

Opération

1^{er} Temps. — Ouverture du cul-de-sac de Douglas.
— Le col, saisi avec des pinces à griffes est attiré en haut et en avant puis le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert.

Le fond de l'utérus, mis en évidence à l'aide d'un écarteur, long et étroit, est abaissé au besoin par une forte pression exercée par la main gauche en arrière du pubis, et la paroi postérieure de l'organe est tra-

versée à quelques millimètres de profondeur à l'aide d'un double fil de soie qui servira à le tenir abaissé pendant le 2^e temps de l'opération.

2^e Temps. — Redressement de l'utérus. — Le coude de la paroi utérine postérieure devenu ainsi accessible une anse de fil est passée transversalement le plus haut possible, puis, plus près du col à 15 ou 20 millimètres plus bas, et les chefs sont noués.

Dans le cas d'antéversion très accentuée un second fil est passé latéralement dans le bord interne des ligaments larges et vient renforcer le premier.

3^e Temps. — Tamponnement de la plaie. — La plaie est simplement tamponnée avec une compresse stérilisée.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES OPÉRATIONS PLASTIQUES

Dans cette revue rapide, on voit se dégager nettement, croyons-nous, les trois principes dont tant de procédés divers ont dérivé.

1° Fixation de l'utérus au moyen d'opérations sur les ligaments.

2° Fixation directe de l'utérus aux organes voisins.

3° Fixation de l'utérus à lui même au moyen de sa propre substance.

Nous avons laissé entrevoir aussi le nombre considérable d'opérations dérivées elles mêmes des principales que nous avons citées. Pourtant nous ne pouvons nous vanter aujourd'hui d'en connaître une seule qui se suffise complètement et dans tous les cas.

Le chirurgien a toujours à choisir, au moment d'opérer, le traitement qu'il appliquera au cas particulier, mais le choix est au moins aussi difficile et délicat à notre avis lorsqu'il s'agit de l'utérus, que lorsqu'il s'agit de tout autre organe. La preuve en est dans le nombre même de ces traitements dont beaucoup sont excellents et font parfois merveille, mais qui, dans d'autres circonstances sont impuissants à produire la

guérison complète et définitive. (Opérations sur les ligaments, vagino-fixation, etc...)

Dès lors on comprend très bien que l'idée de raccourcir l'utérus en enlevant de sa substance et de le charger de sa propre fixation par une solide cicatrice aie paru très séduisante et très rationnelle, au moins dans certains cas. Mais tout d'abord quelle voie choisir, de l'abdominale ou de la vaginale ?.

Négligeons, si on veut, la question de l'esthétique qui a pourtant sa valeur : on n'en est pas moins exposé à créer dans la paroi des points faibles qui pourront laisser se constituer, plus tard, une éventration.

Pour ces raisons, quoi qu'en dise M. Jonnesco dans l'article cité plus haut, nous pensons que nous ne sommes pas autorisés, à l'heure actuelle que nous possédons des procédés vaginaux donnant des résultats excellents, à nous servir de la voie abdominale comme temps préliminaire des opérations plastiques sur l'utérus.

Même si le ventre est déjà ouvert, si par exemple on a fait une laparotomie dans le but de traiter les annexes malades et de faire une opération conservatrice nous pensons que le procédé d'hystéropexie abdominale érigé en méthode générale de traitement par MM. Laroynne et Condamin, est préférable : La cunéohystérectomie de Thiriar est une opération disproportionnée en gravité avec une affection qui, tout en étant douloureuse, ne menace pas l'existence de la malade. (1).

Mais parmi les procédés vaginaux exposés tout à

(1) Bricage, Th. de Lyon 1894.

l'heure, quel est le meilleur ? Quel est celui qu'il convient d'employer ?

Celui de Von Rabeneau est à rejeter complètement croyons-nous.

Le procédé d'Elisher nous paraît susceptible, dans certain cas, d'un grave reproche, quand il s'adresse à un utérus à fond lourd et dont le corps est hypertrophié ce qui est le cas le plus souvent pour les rétroflexions post-puérpérales. Ce procédé ne doit pas, au moins s'employer sans opération complémentaire sur les ligaments, surtout si l'utérus est à la fois lourd, mou et mobile.

Nous lisons en effet dans une thèse sur l'*hystéropexie dans le traitement des déviations utérines*, à propos de la « *vagino-fixation* ».

« La paroi vaginale sur laquelle s'appuie l'utérus, n'offre pas une résistance suffisante pour qu'on puisse compter sur un maintien durable de l'antéflexion. »

Et bien ce qui est vrai pour la vagino-fixation, n'est-il pas vrai également pour la fixation au col ? Si on ne soulage pas celui-ci dans l'effort continuels qu'il doit fournir n'est-il pas à craindre qu'il se produise à peu près ce qui se produit sans doute après l'opération de Von Rabeneau : le col ne va-t-il pas céder, se laisser attirer en haut ? On aura ainsi bientôt un utérus à la fois antéfléchi et rétroversé.

Dans le premier procédé de Folet, comme il a été dit plus haut « *on ne voit pas assez clair* ».

Dans le second, la cicatrice utérine, qui est la grande

objection que l'on peut faire aux opérations plastiques, se rencontre à son maximum.

Cependant, dira-t-on, les cas de grossesses à terme après une opération césarienne sont très nombreux ; peut-être pourrait-on pour cette raison, considérer comme assez peu importante la lésion de l'organe dans les cunéohystérectomies de Thiriar et de Jonnesco, dans la cunéohystérectomie vaginale de Folet. (1^{er} et 3^e procédé) ?

Pour nous on ne doit jamais s'exposer, si possible, à des complications redoutables et ces arguments nous semblent faibles devant les craintes que l'on peut avoir.

Dans le procédé d'Elisher et surtout dans celui avec hystérectomie médiane de Folet, le dommage causé à l'utérus, est vraiment trop considérable.

Que penser surtout de la cicatrice en T, résultant de cette dernière intervention ?

N'y a-t-il pas là, au point où les deux barres du T se rencontrent un endroit qui sera plus tard, dans le cas d'augmentation de l'utérus, sollicité de trois côtés à la fois ? Il se produit aussi dans la cavité de l'organe une saillie plus ou moins considérable, suffisante pour entretenir ou aggraver une métrite préexistante.

Et maintenant, le procédé du plissement vaginal est-il passible des reproches que nous venons de faire aux autres opérations plastiques ?

Nous ne le croyons pas :

1^o L'intervention est d'une simplicité extrême et, comme on l'a vu dans l'exposé qui précède, elle ne demande que cinq ou six minutes. 2^o Elle redresse

l'utérus sans en couder la cavité et il est facile de s'en assurer, dit M. Doyen, par l'introduction soit immédiate, soit ultérieure, d'un hystéromètre, ou d'une longue pince droite.

Nous avons effectué plusieurs fois le plissement sur des cadavres et nous avons souvent constaté une légère convexité interne du côté où nous l'avions fait.

Cependant, il faut faire remarquer ici que, vivant, l'organe a une tonicité, une rigidité qui ont disparues chez celui du cadavre, et que, par suite, ce léger inconvénient doit disparaître soit pendant l'opération, soit un peu plus tard, la nature se chargeant d'y remédier rapidement.

Disons tout de suite, à ce propos, que pour mieux maintenir les choses en état, éviter des tiraillements et favoriser les adhérences, il nous semble utile de recommander à la malade de rester couchée du côté où l'on a fait le plissement et cela le plus longtemps possible après l'intervention.

3° L'opération rétablit dans ses rapports normaux la face antérieure de l'utérus.

4° De plus les adhérences séro-séreuses se produisant avec une extrême facilité et demeurant très solides on peut espérer un résultat durable sans avoir à abraser, même légèrement, la surface mise à nu et que l'on plisse.

La perte de substance est donc nulle.

5° Les fils sont placés en un point où ils doivent apporter au cas de grossesse ultérieure le minimum de gêne au développement de cet organe si plein de souplesse et de vitalité.

Quoique cette question ait dans le cas présent une importance bien moindre que pour l'hystéropexie voyons ce que nous enseigne à ce sujet la physiologie.

« Dans l'ampliation de l'utérus gravide dit M. le Professeur agrégé A. Pollosson (1) c'est principalement le fond qui se développe. Les autres parties y contribuent mais dans des proportions moindres et inégales pour leurs parties considérées.

Ainsi pour la paroi postérieure, l'ampliation de la partie supérieure dépasse d'un cinquième celle de tout le reste de la paroi.

A la face antérieure de l'utérus, c'est la partie inférieure qui se développe le plus.

Il y a *hypertrophie véritable* et non seulement distension. Les faces latérales de l'utérus se développent aussi, proportionnellement, beaucoup plus que la face antérieure ».

Pendant les six premiers mois de la grossesse c'est le fond de l'organe qui fournit presque toute la substance nécessaire au développement et ce fait qu'elle s'hypertrophie au lieu d'être simplement distendue permettrait même d'espérer que le développement ayant été légèrement empêché sur la face antérieure, l'utérus, par un mécanisme facile à comprendre, tende à une involution normale après une grossesse. Recherchons maintenant les indications de cette méthode.

Elle mérite, croyons-nous, d'être placée à côté

(1) Congrès de 1896.

de celle de MM. Laroyenne et Condamin pour le traitement des antéflexions. Avec elle pas de cicatrice abdominale, pas d'inquiétude au point de vue des grossesses possibles. Souvent elle suffira sans doute à assurer, seule, la guérison, c'est-à-dire qu'il ne sera pas nécessaire de lui adjoindre une opération complémentaire, à part, bien entendu, le traitement de la métrite concomitante et la destruction des adhérences s'il y en a.

Cette destruction est en général facile et elle réussit toujours au moyen de la main recourbée en crochet et contournant l'utérus. Si cette manœuvre échouait on aurait alors la ressource d'ouvrir le cul-de-sac antérieur et de détruire les adhérences par cette nouvelle voie : cette intervention est parfaitement légitime mais il faut prendre la peine de reconstituer exactement les rapports anatomiques et de suturer les culs-de-sac péritonéaux et vaginaux.

Que penser maintenant de la valeur de ce procédé pour la cure des rétroflexions ?

Pour la discuter il convient d'abord de distinguer les cas où il y a infection et ceux où la métrite est à peu près nulle.

Pozzi pense que l'on a affaire, lorsque l'infection est peu de chose, à une véritable entéroptose pelvienne et il craint que le redressement n'amène pas la cessation des accidents.

Il qualifie cette sorte de rétroflexion de « *luxation vague* » de l'utérus.

Si donc les phénomènes nerveux dominant souvent la scène au point de faire craindre que le redresse-

ment n'amène qu'une légère amélioration et qu'on le tente cependant pourquoi ne pas employer alors un procédé aussi simple et aussi rapide ?

Monsieur le Professeur Folet a souvent constaté dans son service l'efficacité de son procédé employé seul dans ce cas ; or le redressement vaginal présente les mêmes chances de succès et il est moins compliqué.

Restent maintenant les cas où il y a coïncidence d'infection génitale et de flexion.

On doit alors considérer si l'utérus est mobile ou s'il est adhérent.

Considérons d'abord un utérus mobile.

Pour Pozzi la cause de la flexion réside toute entière dans l'infection de l'utérus ; ou encore la flexion ne serait que le premier degré du prolapsus.

Il est vrai que l'importance de la métrite est considérable, mais la déviation, même consécutive à la métrite doit-elle être négligée ?

Non seulement, nous semble-t-il, on ne doit pas la négliger mais au contraire combiner toujours le traitement de la métrite par le curetage, la résection du col etc... avec d'autres traitements comme le plissement vaginal ou même avec l'Alexander : Dans le cas d'utérus gros le corps redressé tire moins sur le ligament rond raccourci ; c'est un soulagement notable pour le ligament, c'est une cause de non récurrence et pour la métrite et pour la flexion.

Si nous passons maintenant aux réflexions adhérentes il faut faire deux parts et distinguer.

1° Celles qui se compliquent de lésions annexielles graves.

2° Celles qui s'accompagnent de lésions annexielles curables et plus superficielles.

Pour les premières il est préférable d'intervenir par le ventre, la voie abdominale étant la voie lumineuse par excellence.

Lorsqu'on a les organes sous les yeux on se rend alors parfaitement compte de ce que l'on peut attendre des divers procédés tels que la cunéohystérectomie intra-abdominale ou l'hystéropexie abdominale...

Pour les secondes elles doivent être d'abord traitées par le vagin et, une fois les adhérences détruites elles restent justiciables du procédé que nous discutons. Quand le cas est trop grave, quand les annexes doivent être enlevées toutes deux, il est alors plus rationnel de faire une castration totale soit vaginale, soit de préférence abdominale.

L'utérus sans ovaires est en effet inutile et, de plus, dangereux pour l'avenir.

Ainsi donc le redressement vaginal par plissement ainsi effectué nous semble présenter déjà de très sérieuses garanties et M. Doyen affirme qu'au point de vue des suites éloignées il ne lui a jamais causé de déceptions.

Nous avons pu voir nous-même à Lyon notre maître éminent, M. Jaboulay, qui n'en connaissait que le principe, l'employer deux fois avec succès en le modifiant d'une façon toute particulière qui en fait une opération nouvelle et le rend sans aucun doute encore plus efficace :

Admettons qu'il s'agisse de remédier à une rétroflexion.

Il ouvre le cul de sac vaginal plus haut, obtenant ainsi une plaie dont la lèvre inférieure est plus longue. Nous verrons tout à l'heure pourquoi.

Dans le *second temps* de l'opération, au lieu de placer un gros fil de soie qui plisse à lui seul la quantité de substance utérine sur laquelle on veut agir et de placer ensuite un fil de renfort, il se sert de gros crins de Florence (plus facilement stérilisables) au nombre de trois ou quatre.

Il plisse ainsi une plus grande quantité de tissu mais il n'est pas exposé à produire, par un excès de constriction de la paroi, un coude dans la cavité de l'organe.

Au *troisième temps* de l'opération M. Doyen pratique la fermeture du cul-de-sac vaginal par un surjet transversal au crin de Florence. Nous ferons remarquer ici que la rétroflexion se compliquant, dans la très grande majorité des cas, de rétroversion, le col se trouve porté en avant et en haut.

Quel est l'effet de cette suture transversale sur la cure de la rétroversion ou seulement, si l'on veut, sur le maintien de l'antéflexion légère que l'on a obtenue? Il est « *légèrement nocif* » car l'affrontement des deux lèvres de la plaie produit une légère rétraction des tissus dans le sens vertical.

Admettons même que cette nocivité soit légère au point d'être regardée comme négligeable, il n'en est pas moins vrai que les avantages de la suture ainsi faite seront nuls dans tous les cas.

M. Jaboulay pratique cette suture de façon qu'elle devient un avantage, et un avantage appréciable tout

de suite, pour la correction de la *rétroversion* légère qui ne manque jamais. Il ferme l'incision *verticalement* (comme dans la pyloroplastie) augmentant ainsi la profondeur du cul-de-sac et refoulant le col en bas et en arrière.

Nous avons constaté nous-même, de *visu*, pendant l'opération, l'efficacité très réelle de cette manœuvre opératoire.

Voici les observations des malades que nous avons vus opérer par lui.

Il n'en existe pas d'autres à notre connaissance dans la littérature médicale mais nous espérons les voir se multiplier bientôt et affirmer ainsi, un long temps écoulé après l'opération, sa valeur curative parfaite et son innocuité absolue.

OBSERVATION

OBSERVATION I (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. Jaboulay

Métrite. — Rétroversion. — Alexander. — Redressement vaginal par plissement. — Guérison

Félicie R..., 31 ans, ménagère. Entrée le 8 juin, sortie vingt jours après l'opération.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien à noter.

Antécédents personnels. — A été anémique pendant deux ans à l'âge de 19 ans.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement au début, pendant sa période d'anémie, puis régulièrement.

Mariée à 25 ans. Mari bien portant.

A eu deux grossesses, l'une à 26 ans (enfant morté à trois jours), l'autre, gémellaire, à 27 ans.

De ces deux enfants (deux filles), l'une est morte cette année de broncho-pneumonie, l'autre est bien portante. Au sixième mois de cette dernière grossesse traumatisme assez violent sur l'abdomen.

A la suite de l'accouchement qui fut normal, elle sentit, dans le ventre, des points douloureux qui persistèrent.

Elle se lève trot tôt après son accouchement et porte une ceinture qui lui permet de travailler. Elle la garde seulement

six mois et après l'avoir quittée continue à faire le même travail. Alors apparaissent (depuis deux ans), des pertes blanches assez abondantes d'abord puis presque continuelles ; en même temps les règles deviennent plus abondantes aussi et épuisent la malade.

Les pertes ont une odeur fétide.

En même temps douleurs vives, continues, exaspérées par la station debout et la fatigue. Ces douleurs s'irradient dans les lombes.

La malade porte, pendant six mois, un pessaire qu'elle finit par ne plus pouvoir supporter et qui, du reste, ne lui servait à rien.

Depuis novembre, très souvent elle s'alite. En mars, opération d'Alexander. Aucun succès durable.

Elle rentre à l'Hôtel-Dieu le 8 juin.

Etat actuel. — Etat général bon quoique la figure soit un peu tirée ; langue blanche. Pas d'amaigrissement notable ; teint un peu jaune depuis quelques mois.

Ventre souple, cicatrices de l'opération d'Alexander.

Au toucher. — Col remonté, cul de sac antérieur diminué. En appuyant le doigt dans le fond du cul de sac postérieur on révèle une légère douleur.

Par le toucher et le palper on sent un utérus assez gros en rétroflexion nette.

Par le toucher rectal on sent le fond de l'utérus mais on ne peut pas le faire basculer en avant.

Opération. — L'utérus est redressé par plissement. M. Jaboulay pratique très rapidement (moins de cinq minutes), l'intervention par la voie vaginale.

Pas de suites opératoires. Guérison.

Nous avons des nouvelles de la malade cinq mois 1/2 après l'opération. L'amélioration a été durable,

OBSERVATION II (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. Jaboulây

*Rétroflexion utérine. — Gros utérus. — Pessaire. — Opération :
Redressement vaginal par plissement. — Guérison*

Fanny G..., 34 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père vivant et bien portant ; mère morte de tuberculose pulmonaire à 32 ans. Deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Dans les antécédents personnels on note une jeunesse malade mais jamais de grave affection. A 16 ans, scarlatine.

La malade a été réglée à 16 ans.

Dès le début, nous constatons une légère dysménorrhée : réglée régulièrement tous les mois, la malade souffrait deux ou trois jours à l'avance de douleurs vagues (céphalée, nausées...) et de souffrances plus vives dans l'abdomen, du côté gauche avec irradiations dans la cuisse du même côté. Ces douleurs n'étaient pas lancinantes mais plutôt se présentaient sous forme de coliques.

La plupart du temps un séjour au lit était nécessaire, puis le flux menstruel s'établissait : sang rouge, abondant, durant 4 à 5 jours.

En dehors des périodes cataméniales pas de douleurs. Mariée à 22 ans la malade a eu 3 enfants. Les règles ont été bien moins douloureuses.

Les grossesses n'ont pas été pénibles sauf la dernière (qui remonte à 5 ans) pendant laquelle la malade souffrit beaucoup du ventre, sans localisation spéciale et dut même porter une ceinture.

Pendant la grossesse aucun trouble de la défécation. A la suite de sa dernière grossesse, la malade a toujours eu, à la

suite d'une marche, d'un effort en levant les bras, une douleur dans le ventre, du côté gauche, ainsi que dans la région lombaire.

Le repos la faisait disparaître.

Les règles depuis ce moment n'ont été ni plus ni moins douloureuses.

Il y a deux ans la malade consulta pour son affection ; le port d'une ceinture ne la soulagea guère.

Il y a un an, à la suite d'une longue marche, la malade aurait eu la sensation de « quelque chose qui se décrochait » dans le ventre. Depuis ce moment, lourdeurs abdominales pour ainsi dire continuelles, lassitude générale, même siège des douleurs au côté gauche. On essaya plusieurs fois de placer un pessaire mais sans résultats.

L'impotence resta toujours relative mais pas de syndrome utérin (troubles gastriques, etc.) pas de dysménorrhée accentuée, pas de troubles de la défécation.

Etat de la malade à l'entrée. — Bon état général. La malade se plaint de son ventre et accuse une douleur dans la région de l'ovaire gauche, douleur vague et sourde, sans exacerbations.

Au toucher. — Col remonté et un peu à droite, cul-de-sac droit effacé.

Par le toucher et le palper abdominal on sent un gros utérus ayant à peu près le volume d'un utérus gravide de un mois et demi (et pourtant pas de grossesse). Cet utérus est en rétroflexion nette.

Par le toucher rectal on sent le fond de l'utérus, mais on ne peut le faire basculer en avant.

Le palper et le toucher sont assez douloureux.

On place un pessaire de Hogde. Peu de résultats.

Opération. — L'utérus est redressé par plissement en moins de cinq minutes, par M. Jaboulay.

Pas de suites opératoires. Guérison rapide.

Comme on peut le voir par les deux observations qui précèdent, l'opération du *redressement vaginal par plissement* est efficace. On s'en est servi dans ces deux cas pour guérir des affections à la cure desquelles les moyens comme l'application d'un pessaire ne suffisaient plus ; d'autres opérations eussent fait courir plus de risques aux malades, augmenté la peine et la responsabilité du chirurgien sans que le résultat définitif en fût amélioré. Nous concluerons donc comme suit :

CONCLUSIONS

- I. — Aujourd'hui, plus que jamais, les opérations sur les ligaments (sauf celle d'Alquié-Alexander) ne doivent être employées qu'accessoirement, dans la grande majorité des cas, pour le traitement des déviations utérines.
- II. — Dans les cas graves, lorsque le ventre a déjà été ouvert pour une autre cause, l'hystéropexie abdominale par le procédé de MM. Laroyenne et Condamin doit être préférée à celles des opérations plastiques qui donnent le moins de sécurité.
- III. — Dans l'antéflexion et la rétroflexion, quand l'utérus est mobile, et dans tous les cas (intégrité des annexes, relâchement de la paroi, refus de la malade... etc...) où l'on ne prend pas la voie abdominale le « redressement vaginal par plissement » doit être préféré à tous les autres procédés.
- IV. — Le procédé de M. Doyen, perfectionné par M. Jaboulay, présente toute la facilité et la sécurité désirables pour le pratiquer.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

MAURICE POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 décembre 1898

LE RECTEUR,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVARD. — Traité pratique de Gynécologie.
- BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus.
- EMMET. — Pratique des maladies des femmes.
- LAWSON-TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes.
- POZZI. — Gynécologie (III^e édition).
- BEAUDOUIN. — Th. de Paris, 1890.
- CONDAMIN. — Lyon Médical, 24 nov. 1896.
- DELAGÉNIÈRE. — Archives Provinciales de Ch., janvier 1898.
- LAMBRET. — Archives Provinciales de Ch., avril 1898.
- American Journal of Obstetrics, 1896.
- LAMORT. — Th. de Bordeaux, 1894.
- BOUFFANDEAU. — Th. de Lyon, 1893.
- BRICAGE. — Th. de Lyon, 1894.
- LÉON. — Th. de Lyon, 1895.
- BERRUYER. — Th. de Lyon, 1895.
- JEANNIN. — Th. de Lyon, 1896.
- BLAN. — Th. de Lyon, 1897.
- VON RABENAU. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1886.
- JONNESCO. — Centralblatt für Chirurgie, 1897.
- DOYEN. — Technique chirurgicale.
- ELISHÉ. — Centralblatt für Gynäkologie, 1897.

